

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N° 615

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR
LEGE Guy

né le 7 octobre 1932 à La Courneuve (Seine).

Ancien Externe des Hôpitaux.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RUPTURES ISOLEES
DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE AU COURS DE
L'ACCOUCHEMENT.

A propos de deux observations.

Président : J. VARANGOT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR
LEGE Guy

né le 7 octobre 1932 à La Courneuve (Seine).

Ancien Externe des Hôpitaux.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RUPTURES ISOLEES
DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE AU COURS DE
L'ACCOUCHEMENT.

A propos de deux observations.

Président : J. VARANGOT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	GORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
	LENÈGRE (J.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (M.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (K.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASSE (J.) LOYSUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAGLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) GARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.) LAPRESLE (J.)		
Médecine du travail	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.)		
Neuro-chirurgie	MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Neurologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME,

avec toute ma tendresse,

A MES PARENTS ET MES BEAU-PARENTS,

en témoignage de ma reconnaissance et de ma
très profonde affection.

A MES ENFANTS,

A TOUTE MA FAMILLE,

A TOUS MES AMIS,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0005

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VARANGOT,

qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse, avec nos remerciements respectueux.

AU DOCTEUR C. NAFTALIZON,

en témoignage de mon admiration et mon amitié.

A NOS MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE MAYER,

qui nous a accueilli dans son service,

comme stagiaire,

puis comme externe,

qui nous a fait ensuite le grand honneur de nous
confier des fonctions d'interne,

En le remerciant de sa très grande bienveillance et en
témoignant de notre fidèle reconnaissance.

A NOS MAITRES EN OBSTETRIQUE,

Monsieur le Docteur M. Chartier,
Monsieur le Docteur M. Dubost,
Monsieur le Docteur R. Henrion,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
qui nous prodigue avec dévouement de précieux
conseils,
Qu'il en soit ici remercié.

Monsieur le Professeur Agrégé Guy ESPANO,
de la Faculté de Médecine de Toulouse.

Messieurs les Docteurs C. Bugnard et J. Cohen,
avec toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Médecin Lt-Colonel D. LUCCIANI,

Médecin-Chef de la Maternité de l'Hôpital Bégin,

En le remerciant de la confiance qu'il nous
a témoignée pendant de longs mois.

INTRODUCTION

La rupture isolée, spontanée, de la cloison recto-vaginale sans participation périnéale, avec sphincter anal intact, est, ainsi définie, un accident obstétrical très rare.

En effet des lésions périnéales y sont souvent associées :

-soit simples :

- instrumentales,
- ou spontanées.

-soit plus rarement, déchirures du sphincter, incomplètes assez souvent.

Mais il existe dans ces cas, presque toujours, un "pont" cutané ou muqueux intact, entre l'extrémité inférieure de la brèche recto-vaginale et la déchirure périnéale associée.

A propos de deux cas de rupture de la cloison recto-vaginale,

- l'un observé récemment à la maternité de l'Hôpital Saint-Antoine,
- l'autre obligeamment confié par notre maître, Monsieur le Pr. M. Mayer, (observation personnelle)

nous nous proposons de rassembler ici les principaux cas publiés jusqu'à ce jour.

Une excellente mise au point a été faite en 1954 à l'occasion de la thèse de L. Godel; mais depuis, d'autres cas ont été relatés aussi bien dans la littérature française que dans la littérature étrangère.

- Nos deux observations ont la particularité de mettre l'accent :

- l'une sur le rôle pathogénique possible d'un kyste de la cloison recto-vaginale,

- l'autre sur le traitement prophylactique devant des signes évidents de souffrance de la muqueuse rectale.

PLAN DE NOTRE ETUDE

Après exposition, sous forme de tableaux synthétiques, de différentes observations rapportées dans la littérature,

Nous envisageons successivement :

1° - L'anatomie pathologique :

A) - La rupture isolée de la cloison recto-vaginale:

Sa fréquence,
Son siège,
Ses caractères.

B) - Les lésions associées:

Lésions associées provoquées,
Extension secondaire spontanée.

2° - L'étude clinique :

A) - Pendant l'accouchement:

Spontané,
Avec application de forceps.

B) - Dans les suites de couches.

C) - Nos deux observations, leur intérêt.

3° - L'étiopathogénie :

A) - L'axe de poussée postérieur,

B) - La mauvaise qualité des tissus maternels,

C) - Les facteurs opératoires.

4° - L'évolution.

5° - Le traitement.

Auteurs	Parité\Agré	durée travail	D.R. Présentations sommet siège	Forceps	déchi- rure péri- néale	épisiotomie	Cliniquement	Périnéotomie	Bilan des Lésions	Réfection	Evolution
BAR droit Jeannin (1909)	④ 1 Pare		Sommet engagé en OIGA	+			Lésion découverte 24 h après : Le liquide d'un lavement revient par le vagin		Déchirure de la C.R.V. 4 à 5 cm de long, sur le côté de la colonne postérieure du vagin		Guérison par 1ère intention
	② 1 Pare 31 ans		Sommet engagé en OIDP			épisiotomie latérale gauche préventive (sans extension)	Lésion découverte le 4ème jour des S. de C. : apparition de matières par le vagin		Fistule de la C.R.V. sur le côté droit de la colonne postérieure		Guérison spontanée le 8ème jour
	④ 1 Pare 26 ans Fille 2 800 g			SC engagé en SIDP			Après 20 mn d'efforts expulsifs : apparition de la jambe gauche à travers l'anūs → +		Rupture de la C.R.V. "Périnée" compliquée après périnéotomie	Immédiate	Guérison par 1ère intention sans troubles sphinctériens secondaires
BRET Le LORIER SENEZE (1951)	② 1 Pare 29 ans Garçon : 3 020 g	11 h		SD en SIGT		épisiotomie droite préventive	Périnée très résistante Apparition de la jambe postérieure à travers l'anūs → +		Rupture de la C.R.V. Sous sphinctérienne sur la ligne médiane "Périnée compliquée" après périnéotomie	Immédiate	au 12ème jour : fistule recto-vaginale (guérison spontanée en qq Jrs)
	③ 1 Pare 37 ans Albuminurie oedème Garçon 4 780		Sommet engagé en OIGA			large épisiotomie	Peau périnéale intacte orifice anal très dilaté apparition des "cheveux" à travers l'orifice anal		rupture C.R.V. + épisiotomie	Immédiate	guérison
	1 Pare 22 ans Enfant mort né 3 600 g	19 h	+			double épisiotomie	Orifice vulvaire très petit, périnée très long et très distendu		Perforation de la C.R.V. de 3 cm de diamètre sur la ligne médiane à 1 cm au-dessus du sphincter		
DT - Durée du travail DE - Durée de l'expulsion SDC - Suites de couches CRV - Cloison recto- vaginale Périnéotomie - Section du périnée et du sphincter anal											
BURGER (1953)	④ 1 Pare 19 ans enfant de 3 400	0h20	+				Périnée intact, après l'expulsion, perte de sang frais par l'anūs	+	Petite brèche de la C.R.V. admettant l'index	Immédiate	Guérison
	③ 1 Pare 28 ans Fille 2 550 g	2h30	+			Episiotomie	ADC : perte de sang par l'anūs ; dégainement en O.P.		Rupture totale du sphincter, brèche rectale sous-sphinctérienne de 3 cm, partie sous-sphinctérienne et anus intacts	Immédiate	Guérison
BUDIN (1830)			+	+			Effondrement de la C.R.V. par le bras postérieur ; accouchement par les voies naturelles				Guérison spontanée
COMBRET (1959)	1 Pare 23 ans			S.C. engagé en SIDT		Episiotomie préventive	A la dernière poussée : pied gauche par l'anūs, refoulé, accouchement par les voies naturelles		Brèche C.R.V. longue de 1cm 1/2 à 2 cm, au dessus de la fourchette à gauche de la C.P. du vagin	Immédiate	Guérison

Auteurs	Parité Age	D.T.	D.E.	Présentations Sommet Siège	Forceps	Déchi- rure péri- néale	Episiotomie	Cliniquement	Périnée-	Bilan de la lésion	Réfection	Evolution
DELERUE (1953)	1 Pare			+				Périnée résistante ; lors de l'ex- pulsion, apparition du cuir che- velu à travers l'anus béant	périnée- médiane	*déchirure complète compli- quée*, intéressant le rectum sur 8 cm de longueur	Immédiate	Guérison
DOLERIS et LENOBLE (1897)	1 Pare	7h30	20 mn	Sommet en- gagé en OIGA	pour arrêt de progression	Légère déchirure (2 points)		Lésion découverte le 4ème jour des 8 de C. Gaz, puis matières par le vagin		Solution de continuité de 3 cm, sectionnant le vagin en AR à gauche de la colonne postérieure et le rectum à gauche de la ligne médiane à 2 ans au dessus du sphincter	secondaire	Guérison
FAUGERE (In these FETIS) (1923)	1 Pare 27 ans	17 h		Sommet engagé en OIGA	en OP pour SF			Apparition de la tête à travers l'orifice anal Orifice vulvaire intact Extraction terminée sans déchirure du périnée		Probablement lésion isolée de la C.R.V.		
GMEINER (In these GODEL) (1954)	1 Pare 21 ans			Sommet engagé en OIDP				Lors de la rupture de la poche des eaux, écoulement de liquide amnio- tique par l'anus. Accouchement spontané		Il existe 8 orifices de com- munication entre le vagin et le rectum, disposés en trian- gle et séparés les uns des autres par une distance d'un travers doigt	Fermeture immédiate de ces fis- tules par des sutu- res au cat- gut	Guérison
GOODISH (W) (1876)	1 Pare 30 ans	13h30	30 mn	+	1/2 heure de tractions	+		- Douleurs +++ suivies d'un écou- lement de sang par l'anus Expul- sion de la tête obliquement : pé- rinée déchiré jusqu'au sphincter		déchirure oblique de la C.R. V., à droite de la ligne mé- diane (laissant passer faci- lement deux doigt de l'anus dans le vagin	? ?	Cicatrisation par 1ère in- tention
GRABOWIECKY (1912)	1 Pare		lon- gue	sommet				La muqueuse rectale éclate sous la poussée de la main postérieure		Déchirure C.R.V. Périnée intact		Guérison spontanée
GRAMON (In these GODEL) 1964	1 Pare Garçon 3 100 g	5h30		+			épisiotomie latérale	Vulve peu dilatée mais à travers l'orifice anal largement dilaté, apparition des cheveux de l'en- fant		Plaque rectale de la taille d'une pièce de 2 fr, sphinc- ter respecté	Immédiate	Guérison
JEANNIN (1909)	2 Pare 25 ans Garçon 3 400 g	18h		+	en OP pour arrêt de pro- gression			Dès les 1ères tractions jet de liquide clair par l'anus et ap- parition du coude à travers l'anus béant		Périnée intact Brèche de la C.R.V. de 3 cm au dessus du périnée à 2-3 cm du fond du cul de sac postérieur admettant 3 doigts		Guérison spon- tanée au 10 ème jour
KIEN (1902)	1 Pare 25 ans ra- chitisme BGR Enfant vi- vant Poids			sommet engagé en OIGA			épisiotomies latérales pré- ventives	Fente vulvaire étroite Périnée rigide, long anus béant		Eclatement de la C.R.V. Sphincter intact ?	Immédiate	Guérison com- plète

Auteurs	Parité Age	D.T.	D.E.	Présentations Sommet Siège	Forceps	Déchirure périnéale	Episiotomie	Cliniquement	Périnéo- tomie	Bilan de la lésion	Réfection	Evolution
	②											
	1 Pare 40 ans	5 h		sommet engagé en OIGA			large épisio- tomie	Arrêt de progression (Tête à la vulve) Périnée résistant Anus en forme de cœur (muqueuse rectale visible sur 4 à 5 cm de long) Déchirure de la paroi rectale an- térieure avec jet de liquide am- niotique		Déchirure de la C.R.V. des 2 côtés de la colonne posté- rieure du vagin.Sphincter anal déchiré superficiel- ment ainsi que l'épiderme à proximité de l'anus	Immédiate	Guerison
LEFESH (1952)	1 Pare 30 ans GEMELLAIRE	11h		SIDA			episiotomie médiane	Issue du pied gauche à travers l'anus laissant le sphincter in- tact. On refoule aisément le pied dans le vagin. Accouchement fa- cile Accouchement rapide : rupture du sphincter anal		Rupture de la cloison recto- vaginale rupture du sphincter	Immédiate Immédiate	Guerison. Ac- couchement sul- vant normal avec épisiotomie médiane
Le LORIER (in thèse GODEL)	2 Pare Fille 3 000 gr			SIGA +			Episiotomie ←	Dès les premiers efforts expulsifs apparition de sang par l'anus, puis de lambeaux de membranes → Délivrance spontanée	Périnéo- tomie	perforation de la cloison R.V. admettant facilement le pouce, à 3 cm au-dessus de l'orifice vulvaire	Immédiate	Guerison
MELODY (1953)	3e Geste 2e Pare 1 F.C. Antécédent forceps In- terv. de Whitehead dans les S.D.C. 3287 g			+	Forceps à la vulve		Episiotomie médiane	Pas d'extension du l'épisiotomie		A l'inspection de la paroi vaginale postérieure, décon- verte d'une rupture complète de la C.R.V. de 10 cm de longueur sans extension à l'épisiotomie, ni lésion du sphincter anal	Immédiate	Guerison
MULLER (1959)	1 Pare 23 ans	25 mn		sommet en- gagé en OIDP				20 mn après le début de l'expul- sion, apparition de la main posté- rieure à travers l'orifice anal On refoule le bras hors du rectum Accouchement 5 mn après, par les voies naturelles		Brèche de 8 cm de long inté- ressant la C.R.V. sphincter anal intact, périnée cutané intact	Immédiate	Guerison
NEELY (1956)	1 Pare 36 ans Garçon 3 200 gr			+	+ pour arrêt de progression		Episiotomie médio-latérale préventive	Arrêt de progression de la tête sur le périnée Existence d'une bride vaginale transversale Extraction sans extension de l'é- pisiotomie		Rupture de la CVV longue de 10 cm sur la ligne médiane : extrémité supérieure dans le cul de sac vaginal postéri- eur extrémité inférieure at- teignant l'épisiotomie	Immédiate	Guerison complète à la 6ème semaine
PIERING (1891)	1 Pare 41 ans Garçon 3 130 gr	>24 h		+			episiotomie préventive	Vulve et vagin étroits Hémorragie rectale puis apparition de la main et de l'avant bras droits par l'anus ; réduction ; expulsion par les voies naturel- les		- Périnée intact - Sphincter intact - Brèche de la C.R.V. le long de la colonne posté- rieure du vagin		Guerison spontanée com- plète

Auteurs	Parité Age	D.T.	D.E.	Présentations sommet siège	Forceps	Déchirure périnéale	Épisiotomie	Cliniquement	Périnéotomie	Bilan de la Lésion	Réfection	Evolution
PERY (1923) fatigue	1 Pare 23 ans Garçon Enfant violent de poids moyen			+	Au DS pour fatigue "car- diacque mater- nelle	légère encoche de la fourchette vul- vaire		Dès l'extraction des épaules is- sue par l'anus d'une anse du cor- don		brèche de la C.R.V. admet- tant deux doigts et située à 4 cm au dessus de l'anus		
PERY GUYOT (1911) 3eme	1 Pare 23 ans Garçon 4 680 g	A DC en 3 h		sommet engagé en O10A	en OP pour SF tête à la par- tie basse de l'excavation			Périnée intact		au 3ème J ^r des S de C, lave- ment et matières fécales par la vulve : brèche de la C, R.V. verticale, longue de 4 cm à 3 cm au dessus de l'orifice vulvaire	+	Guérison
RAVINA (in thèse GODEL) (1954)	1 Pare 36 ans 4 400 g	14 h	+		pour arrêt de progression gros enfant	amorce de déchirure →	épisiotomie bi- latérale →	Malgré l'épisiotomie, déchirure verticale de la face antérieure du rectum	incision médiane du pont cutané et de sphincter	lésion complexe	Immédiate	- sphacèle du sphincter et de la partie inférieure du périnée. - 13ème jour : incontinence rectale - grossesses sui- vantes : césa- rienne

D'autres auteurs ont rapporté des cas similaires :

- Heja, K (en 1934) : chez une primipare, lors d'un accouchement apparemment normal, expulsion par les voies naturelles du pied antérieur, alors que le pied postérieur se présente à travers l'anus intact, de sorte que l'enfant était littéralement "à cheval sur le périnée" - guérison après traitement approprié.
- Pohl, R (en 1934) : décrit le même cas
- Kassebohum et Schreiber : Rapportent deux observations similaires en 1936, mais avec décès des deux mères, la rupture du rectum n'ayant pas été dépistée lors de l'expulsion.
- Feidley et Young (1941 et 1943) : cas semblables :
 - d'une part, protrusion du bras postérieur à travers l'anus, lors d'un accouchement par forceps (prise en O.I.G.A., à la partie basse de l'excavation)
 - d'autre part, c'est le pied droit qui effondre la cloison recto-vaginale et apparaît à travers l'anus.
- Kerr et Moir (1949) : Signalent un cas de rupture de la cloison recto-vaginale lors d'un accouchement par le siège (Glasgow Royal Maternity Hospital)
- Noely (1948) : (Royal Maternity Hospital, Belfast) avait lui aussi déjà observé un cas d'accouchement par le siège avec apparition d'un pied par l'anus, l'autre étant accouché par le vagin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La rupture primitive de la cloison recto-vaginale peut être :

- isolée
- ou associée à des lésions périnéales
 - simples
 - ou complexes

A - RUPTURE ISOLEE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

=====

1- Fréquence

Sur 29 cas rapportés dans les tableaux précédents, cette lésion n'est rigoureusement isolée que 11 fois, soit dans 38 % des cas.

Ce sont les observations de BAR (n°1) BUDIN, DOLERIS et LENOBLE, FAUGERE, GMEINER, GOODISH, GRABOWIECKI, JEANNIN, MULLER, PERY et enfin PERY et GUYOT.

2- Sièges de la lésion

Cette rupture ne se produit pas en n'importe quel point de la paroi postérieure du vagin ; rarement médiane, elle se situe presque toujours le long d'un des bords de la colonne postérieure qui représente la zone de forte résistance du vagin.

Elle peut être unilatérale, droite ou gauche, bilatérale rarement (1 seule observation).

3- Caractères de la lésion

La brèche, longitudinale, intéresse tous les plans de la cloison recto-vaginale :

- muqueuse vaginale
- fascia péri rectal
- musculuse et muqueuse rectales, faisant ainsi

communiquer le vagin avec le rectum sauf dans 2 observations - dont celle de Monsieur le Professeur MAYER que nous rapporterons plus loin, où seule la muqueuse rectale est restée intacte).

- La longueur de la brèche est variable, de 2 à 3 cm à 8 cm même (observation de MULLER), l'extrémité inférieure se trouvant généralement à 2 ou 3 cm au-dessus de la fourchette vulvaire.

- Il faut remarquer que dans la majorité des cas rapportés, la déchirure vaginale est plus longue que la brèche rectale.

- A noter un aspect particulier, cité dans l'observation de GMEINER :
Après expulsion, à l'examen des voies génitales,

"on constate alors qu'il existe 8 orifices de communication entre le vagin et le rectum, disposés en triangle et séparés les uns des autres par une distance de un travers de doigt".

B - LESIONS ASSOCIEES (62 % des cas)

=====

I- Lésions associées "provoquées"

1°/ Épisiotomie sans extension à la brèche recto-vaginale, sphincter anal respecté (9 fois)

Il peut s'agir :

a) d'une épisiotomie "préventive"

- soit simple

- à l'occasion d'une application de forceps :

Observations de BAR (n°2), MELODY, NEELY.

- à l'occasion d'une présentation du siège :

Observation de COMBRET.

- justifiée par une atrésie vagino-vulvaire, un périnée résist-
tant ... :

Observation de PIERING (I pare de 41 ans)

- soit bilatérale

- devant un orifice vulvaire très petit avec un périnée très long
et très distendu :

Observations de BRINDEAU et KIEN (n°1)

- b) D'une épisiotomie faite plus tardivement devant l'existence de
signes évidents de rupture de la cloison recto-vaginale ou plus
simplement devant des signes de "souffrance" de la muqueuse
de la paroi rectale antérieure.

Observations de BRET (n°3) et de GRANJON

2°/ "Périnéotomie" ou section médiane du pont périnéal cutané et du
sphincter anal restés intacts jusque là (avec ou sans épisiotomie
préalable), transformant ainsi la rupture de la cloison recto-vaginale en
"périnée complet compliqué"

- a) Soit avant l'expulsion afin de la faciliter :

- parce qu'une partie foetale fait irruption à travers l'anus
dilaté :
- apparition du membre inférieur postérieur dans 2 observa-
tions de présentation pelvienne (BRET n°1 et n°2)
- apparition du cuir chevelu (DELERUE)
- parce que, malgré une épisiotomie, même bilatérale,
l'accouchement paraissait impossible : incision médiane du
pont périnéal et du sphincter anal (
(Observation du Professeur Agrégé RAVINA : enfant de 4 400g
chez I pare de 36 ans)

- b) Soit après l'expulsion du foetus dans le but de permettre :

- l'exploration des voies génitales
- et la réfection des lésions
(Observations de BURGER (n°1) et LE LORIER)

II- Extension secondaire spontanée de la rupture de la cloison recto-vaginale au périnée et au sphincter anal : périnée complet compliqué

- Observations de BURGER (n°2) et de KIEN (n°2)

- L'observation de LEESH est intéressante à ce sujet :

- 1^{er} pare de 30 ans

- grossesse gemellaire à terme

- accouchement du 1^{er} jumeau

- siège engagé en SIDA

- épisiotomie médiane préventive

- issue du pied gauche, postérieur, à travers l'anus, le sphincter restant intact.

- on refoule facilement ce pied dans le vagin et l'expulsion se termine par les voies naturelles

- enfant pesant 2 800 g

- accouchement du 2^{ème} jumeau :

- siège engagé en SIGA

- expulsion rapide entraînant la rupture du sphincter

- enfant de 2 900 g.

ETUDE CLINIQUE

La rupture de la cloison recto-vaginale peut se révéler :

- soit pendant l'accouchement :
 - lors de l'expulsion
 - ou aussitôt celle-ci
- soit dans les suites de couches

A - PENDANT L'ACCOUCHEMENT

=====

I - ACCOUCHEMENT SPONTANE

=====

1-PRESENTATION CEPHALIQUE

a) Au cours de l'expulsion

Alors que l'expulsion de la tête est imminente, l'orifice vulvaire encore peu distendu, l'anus béant laissant à découvert une partie de la muqueuse de la paroi rectale antérieure, la rupture de la cloison recto-vaginale peut se manifester brusquement :

- par l'apparition d'une partie du fœtus à travers l'anus :
- cuir chevelu : Observations de

DELERUE qui chez une I pare à périnée résistant pratique immédiatement une périnéotomie médiane transformant cette rupture en déchirure complète compliquée intéressant le rectum sur 8 cm de longueur.

GRANJON (in thèse Godel) qui, chez une I pare également, fait une épisiotomie latérale, l'expulsion se terminant par les voies naturelles. Il existe une plaie

rectale de la taille d'une pièce de 2 francs sans atteinte du sphincter anal.

KIEN (n° 1) Il s'agit d'une I pare à bassin généralement rétréci, vulve étroite et périnée long et résistant. L'auteur a déjà pratiqué une épisiotomie préventive bilatérale; l'expulsion se termine - après apparition de la tête à travers une brèche rectale - par la vulve sans déchirure supplémentaire (?)

- Main postérieure : Observations de :

GRABOWISCKI : chez une I pare, la muqueuse rectale éclate sous la poussée de la main postérieure, le périnée restant intact.

MULLER : Chez une I pare, 20 minutes après le début des efforts expulsifs, la main postérieure apparaît à travers l'orifice anal; le périnée cutané et le sphincter étant intact, le bras postérieur est refoulé hors du rectum et l'accouchement a lieu 5 minutes plus tard par les voies naturelles. Il existe une brèche de 8 cm de long intéressant la paroi antérieure du rectum sans atteindre le sphincter anal respecté.

PIERING : Il s'agit aussi d'une I pare de 41 ans en travail depuis plus de 24 heures chez laquelle l'auteur a pratiqué une épisiotomie latérale droite de 3 cm de long environ (vulve étroite, périnée rigide et dur).

Au moment où la tête apparaissant à la vulve "progresses sous l'influence d'une contraction, il se produit brusquement une hémorragie par le rectum et au même instant la main droite et l'avant bras jusqu'à son milieu, apparaissent hors de l'anüs sans que le périnée soit déchiré" - On réduit le bras facilement et on parvient, non sans difficultés, à faire sortir la tête -

Naissance d'un garçon pesant 3 130 g, l'examen de la malade, pratiqué immédiatement après l'accouchement, permet de constater que le périnée est resté intact jusqu'à l'incision faite antérieurement et qui ne s'est pas agrandie. Le sphincter est intact. Le vagin présente à gauche une déchirure partant de la colonne postérieure et occupant toute sa longueur et dont les bords sont déchiquetés. A son milieu la déchirure s'ouvre dans le rectum par un orifice large comme la main.

- par l'apparition de liquide amniotique ou de membranes :

Observations de :

GMEIER : chez une I pare de 21 ans à sommet engagé en ODP, le travail marche régulièrement lorsqu'au moment de la rupture de la poche des eaux, on constate que du liquide amniotique s'écoule par l'anus. C'est dans ce cas que l'examen des voies génitales révèle l'existence de 8 orifices de communication entre vagin et rectum (cf. Anatomie pathologique)

KIEN (n°2) : Il s'agit d'une I pare de 40 ans, sommet engagé en OIGA - après 5 heures de travail, la tête est visible à la vulve ; on note alors "un arrêt de progression, le périnée tendu à l'extrême semble exangue par suite de la pression exercée par la tête de l'enfant.

L'anus dilaté en forme de coeur laisse apparaître la muqueuse de la paroi rectale antérieure sur une longueur de 4 à 5 cm".

Une épisiotomie étendue est pratiquée, la tête s'abaisse un peu sans toutefois soulager sensiblement la tension de la paroi rectale.

Immédiatement après, déchirure de la paroi rectale antérieure avec jet de liquide amniotique - simultanément la rupture se prolonge sur une longueur de 2 cm sous forme d'une déchirure superficielle du périnée. La tête traverse ensuite rapidement la vulve sans provoquer de nouvelles lésions du périnée et du vagin.

Il existe une déchirure de la cloison recto-vaginale des 2 cotés de la colonne postérieure du vagin, à travers laquelle on peut passer 3 doigts.

LE LORIER (in thèse Godel) chez une II pare, dès les premiers efforts expulsifs, on observe une hémorragie notable par l'anus suivi bientôt de lambeaux de membranes.

A l'exploration rectale, il existe une brèche qui admet facilement l'index et à travers laquelle on tombe directement sur la présentation.

Épisiotomie.

Délivrance spontanée.

- Par l'émission isolée de sang par l'anus

Observation de

BURGER (n° 2) : Chez une I pare de 26 ans, à dilatation complète, au bout de 3h.30 de travail, on note une perte de sang par l'anus. Après épisiotomie, le dégagement se fait en occipito-pubienne et l'on découvre à l'examen des voies génitales une rupture totale du sphincter et une brèche recto-vaginale sus-sphinctérienne de 3 cm de long.

b) Après l'expulsion

La lésion de la cloison recto-vaginale peut être découverte seulement lors de l'examen systématique des voies génitales ou à l'occasion de la réfection d'une épisiotomie.

Observations de :

BURGER (n° 1) : Il s'agit d'une I pare de 19 ans la période de dilatation dure 6 heures et l'expulsion 20 minutes. "Le périnée est haut mais bien souple, la tête remonte facilement et on fait une protection du périnée sans particularité : il n'y a pas de déchirure. L'accouchement terminé, on est frappé par le fait que la femme perd du sang frais par l'anus et alors on découvre

un peu en avant de celui-ci, qui est complètement intact et loin de la fourchette également intacte une petite brèche très peu visible. Elle permet juste l'introduction de l'index qui fait constater une communication avec le rectum quelques centimètres au-dessus de l'anus ... et la disparition du sphincter.

ERINDEAU : Il s'agit d'une I pare de 22 ans. L'expulsion tarde à se faire malgré de bonnes contractions utérines, après 19 heures de travail : "l'interne de garde constate que le périnée est distendu d'une façon énorme, de couleur blanc mat due à l'oedème dont il est infiltré. Toute la région est refoulée en bas par la tête qui est complètement sortie du détroit inférieur, sous forme d'une énorme tumeur située entre les cuisses de la femme. L'anus est béant, l'orifice vulvaire très petit, horizontal, et c'est de la commissure postérieure de la vulve que part la tumeur formée par la tête recouverte du périnée".

La dureté de l'anneau vulvaire conduit à pratiquer une double épisiotomie suivie du dégagement spontané de la tête ; le tronc est facilement extrait : enfant mort-né de 3 600 g

A l'examen des voies génitales : perforation recto-vaginale, irrégulière de 3 cm de diamètre sur la ligne médiane, à 1 cm au-dessus du sphincter.

2 - PRESENTATIONS PELVIENNES

Trois auteurs rapportent une observation de rupture de la cloison recto-vaginale lors d'accouchements de siège complet ou décompleté ; la lésion se manifeste toujours de la même façon, par l'irruption du membre postérieur à travers l'anus.

Ce sont les observations de BRET (n°1 et 2) de COMBRET, de LERCH (gemellaire).

L'accouchement se termine

- soit spontanément après refoulement dans le vagin du membre "égaré", ce qui s'est produit pour le cas de LÆESH où l'accouchement du 2ème jumeau entraîna la rupture du sphincter.

- soit après "péritiotomie" ou plutôt "incision d'un coup de ciseaux de l'anneau vulvaire resté intact, du périnée et de l'anus et de la partie de la paroi rectale restée intacte" (BRET: n°1 et n°2)

II - ACCOUCHEMENTS AVEC APPLICATION DE FORCEPS

Ils'agit de 13 applications de forceps, sur des som mets le plus souvent en OP ou en position antérieure à un niveau variable de l'excavation pelvienne, pour souffrance foetale ou arrêt de progression.

1 - La rupture peut se manifester immédiatement au cours de l'extraction :

a) Souvent d'apparence "spontanée" sans que l'on puisse accuser le forceps (excès de volume foetal, heurt violent de la paroi rectale par une partie foetale saillante ...)

- apparition du cuir chevelu à travers l'anus :

Observations de :

BRET (n°3) : I pare de 37 ans avec signes de toxémie gravidique (albuminurie, H.T.A. oedèmes ...)

Après 9 heures de travail, application de forceps Demelin, à la partie haute de l'excavation (prise en CIGA) Descente et rotation aisées. Mais alors que la tête n'est pas au grand couronnement, alors que la peau périnéale est intacte, au travers de l'orifice anal très dilaté, la muqueuse rectale se tend à l'extrême et les cheveux de l'enfant apparaissent.

Une large épisiotomie est pratiquée suivie de l'expulsion d'un enfant pesant 4 780 g (il y a rupture du sphincter anal)

FAUGERE : I pare de 27 ans ; durée du travail : 17 heures environ.

A dilatation complète : signes de souffrance foetale.

Applications de Forceps en OP et des les premières tractions, modérées, apparition de la tête à travers l'orifice anal, l'orifice vulvaire étant intact. L'extraction est terminée sans déchirure du périnée.

RAVINA : (thèse Godel) Observation déjà citée au chapitre anatomie pathologique (enfant de 4 400 g, chez une I pare de 36 ans, durée du travail 16 h., épisiotomie bilatérale et incision médiane du pont périméal et du sphincter).

- Irruption d'un membre postérieur saillant à travers la cloison recto-vaginale :

Observations de :

BUDIN

JEANNIN : II pare de 25 ans ; durée du travail 18 h. application d'un forceps Tarnier sur une tête située à la partie basse de l'excavation, en OP, bien fléchie,

Dès les premières tractions, on note l'écoulement par l'anus d'un jet assez fort de liquide clair que l'auteur pense provenir d'un lavement donné antérieurement (mais en fait aucun lavement n'a été donné !).

Au moment où, la tête bien engagée dans la vulve distend à l'extrême le périnée antérieur, on perçoit à travers l'orifice anal béant, le coude du fœtus.

L'extraction est terminée très lentement et dès que le fœtus est à l'extérieur des voies génitales le cordon s'échappe au travers de l'anus en une anse de 30 à 40 cm de long. Poids de l'enfant 3 800 g. Périnée par ailleurs intact ainsi que la vulve.

- Apparition isolée du cordon à travers l'anus

Observation de

PERY : I pare de 23 ans. Application de forceps au DS pour fatigue

maternelle, sous anesthésie légère au chloroforme, sans déchirure appréciable du périnée (sauf une légère encoche de la fourchette). Mais, dès que les épaules furent extraites, on constata l'issue par l'anus d'une anse du cordon : il existait une brèche de la cloison recto vaginale à 4 cm environ au-dessus de l'anus, admettant 2 doigts.

b) On peut, peut-être incriminer le forceps et une faute de technique possible dans l'observation suivante

Observation de :

GOODISH : Il s'agit d'une I pare obèse, âgée de 30 ans chez laquelle, 13 heures après le début du travail, on fait une application de forceps. Après une demi heure de tractions , la tête est amenée sur le périnée. A ce moment, pendant une douleur d'une intensité inaccoutumée, on voit un peu de sang s'écouler par l'anus.

La tête est expulsée obliquement et le périnée est déchiré jusqu'au sphincter.

Finalement, après l'expulsion de l'enfant, on constate l'existence d'une brèche oblique de la cloison recto-vaginale, siégeant surtout à droite de la ligne médiane et laissant facilement passer 2 doigts de l'anus dans le vagin.

2 - Là encore, la lésion peut être découverte ou après la délivrance, lors de l'examen systématique des voies génitales ou lors de la réfection d'une épisiotomie :

Ce sont les observations de

MELODY : IIIe geste, IIe pare (1 antécédent de F.C. et lors de l'accouchement précédant forceps et épisiotomie avec, surtout, dans les suites de couches, une intervention de Whitehead pour thrombose hémorroïdaire).

Pour ce 2ème accouchement, un forceps est appliqué à la partie basse de l'excavation après épisiotomie médiane : extraction d'une fille pesant

3 287 g sans extension de l'épisiotomie.

Mais à l'inspection de la paroi vaginale postérieure l'auteur découvre une rupture complète de la cloison recto-vaginale sur 10 cm de longueur sans extension à l'épisiotomie et sans lésion du sphincter anal.

NEELY : 1 pare de 36 ans, grossesse normale ; entre en travail à la 32ème semaine . Lors de l'expulsion, la tête reste bloquée sur le périnée. Au bout d'une demi-heure d'efforts sans progression, l'auteur décide l'application d'un forceps.

Mais, avant il procède à l'examen du vagin et découvre l'existence d'une bride vaginale "singulièrement serrée" très basse, juste devant la présentation. De plus, la fourchette est étroite, et serrée.

Il pratique une épisiotomie médio-latérale et pose le forceps.

Traction modérée ; extraction d'un garçon pesant 3 200 g, sans extension de l'épisiotomie.

L'auteur commence alors la réparation de l'épisiotomie mais constate alors l'existence de "quelquechose d'anormal" : un aspect blanchâtre dans la profondeur de la plaie, aspect qui conduit à une exploration plus complète qui révèle que la cloison recto-vaginale est rompue sur une longueur de 10 cm, sur la ligne médiane :

brèche de 10 cm de long, dont le sommet est dans le cul de sac vaginal postérieur et dont l'extrémité inférieure atteint l'épisiotomie. L'"aspect blanchâtre" correspond à la muqueuse rectale.

B - DANS LES SUITES DE COUCHES

=====

Passées inaperçues pendant l'accouchement certaines ruptures isolées, ne se révèlent que dans les suites de couches.

Elles ont pu se constituer pendant l'accouchement ou secondairement lors de la chute d'escarres consécutifs à une compression prolongée des tissus maternels par la présentation, entraînant ainsi la formation de fistules recto-vaginales.

Il faut remarquer aussi que les 4 observations suivantes mentionnent l'application de forceps. La fistule recto-vaginale peut se révéler :

- A la 24ème heure

BAR (n°1) : I pare, à sommet engagé en 0IGA. A dilatation complète, application de forceps sur une tête profondément engagée.

Extraction sans difficulté et on s'assure immédiatement après la sortie de l'enfant que le périnée est intact. Le premier jour des suites de couches, le liquide d'un lavement revient par le vagin.

On découvre au toucher vaginal une déchirure large de 4 à 5 cm siégeant sur le bord droit de la colonne postérieure. Le vagin, à ce niveau, est décollé du rectum présentant lui-même une solution de continuité de 2 à 3 cm. Les lèvres de la plaie rectale sont inversées en dedans, c'est à dire vers la lumière de l'intestin et s'accolent par leur face interne.

- Au 3ème jour

PERY et GUYOT : I pare de 23 ans, sommet engagé en 0IGA. Elle est à dilatation complète, 3 heures après la rupture artificielle des membranes. On applique un forceps pour souffrance foetale brutale, en 0P à la partie basse de l'excavation.

Extraction d'un garçon de 4 680 g (1 circulaire serré) Pas de déchirure périnéale.

Mais au 3ème jour, le liquide d'un lavement et des matières fécales passent par la vulve.

Au T.V. à 3 cm au-dessus de l'orifice vaginal, existence d'une large brèche par où 2 doigts passent facilement dans le rectum et ressortent par l'anus : il s'agit d'une déchirure verticale remontant le long de la paroi postérieure du vagin sur une longueur de 4 cm environ.

- Au 4ème jour

BAR : I pare de 31 ans. Sommet engagé en 0IDP. Application de forceps en 0IDA dans l'excavation pour souffrance foetale.

Episiotomie latérale gauche

Extraction de l'enfant sans extension de l'épisiotomie

Au 4ème jour, des suites de couches, des matières fécales font issue dans le vagin témoignant de l'existence d'une fistule recto-vaginale située le long du bord droit de la colonne postérieure du vagin et filant vers le rectum.

DOLERIS et LENOBLE : I pare, sommet engagé en 0IGA.

A dilatation complète, en 0P au bout de 7 heures de travail.

Arrêt de progression de la présentation par résistance du périnée.

Application de forceps 20 minutes après.

Extraction avec légère déchirure périnéale (2 points)

La fistule découverte le 4ème jour se manifesta par l'expulsion de gaz puis de matières par le vagin : il s'agit d'une solution de continuité de 3 cm s'enfonçant dans le vagin en sectionnant la paroi vaginale à gauche de la colonne postérieure, située à 2 cm au-dessus du sphincter anal.

Au terme de l'étude de ces 29 cas, nous constatons :

1°/ Qu'il s'agit presque toujours de I pares

26 primipares (dont 1 gemellaire) soit 86 %

3 secundipares (dont 1 troisième geste)

2°/ Que l'âge moyen de ces primipares est de 28 ans

(variant de 19 à 41 ans pour les 21 cas pour lesquels l'âge est précisé).

Il y a 8 patientes âgées de 30 ans et plus.

3°/ Que le poids moyen des enfants -poids précisé 16 fois- est de 3 500 g

4°/ Que les présentations se répartissent ainsi :

Céphaliques : 25 cas

- 7 sommets engagés en OIGA

- 3 " " " ODP

— les autres n'étant pas précisés.

Pelviennes : 5 cas (dont 1 gemellaire)

- 2 engagées en SIDA

- 1 " " SDT

- 1 " " SIDP

- 1 " " SIGT

Malheureusement le plus souvent, on ne possède aucun renseignement sur la position de dégagement des présentations céphaliques.

5°/ Que la proportion d'applications de forceps est importante

13 fois sur 25 cas de présentations céphaliques, ce qui correspond à la proportion importante de I pares âgées.

6°/ Que la rupture primitive de la cloison recto-vaginale s'accompagne :

- soit d'une symptomatologie bruyante, à grands fracas :

- irruption à travers l'anus :

- du cuir chevelu ou d'un membre du fœtus

- de liquide amniotique, de membranes ovulaires ou du cordon ombilical

- de sang
 - ceci pendant l'expulsion ou aussitôt celle-ci
 - soit d'une symptomatologie beaucoup plus modeste
la rupture de la cloison resto-vaginale n'étant découverte :
 - qu'après l'expulsion (examen systématique des voies
génitales, réfection d'une lésion associées).
 - que dans les suites de couches (émission de gaz ou de
matières par le vagin).
-

Après cette étude anatomo-pathologique et clinique d'un certain nombre de cas rapportés dans la littérature, voici nos deux observations :

Première Observation :

Madame Mar... Odette : âgée de 25 ans, mesurant 1m, 66 ;

Primipare, primigeste ; D.R., normales le 28 février 1962

- grossesse normale, pas d'albuminurie ni d'hypertension, seulement une prise de poids de 6 kg en 2 mois (septembre et octobre 62)
- bassin normal

Entre en travail le 14 décembre 1962 à 18 heures, au terme de 41 semaines

Voici l'examen à l'entrée dans le service, à 19 heures

- dos à gauche,
- tête en bas,
- hauteur utérine : 33 cm
- bruits du coeur : normaux
- Au toucher vaginal :

Col en voie d'effacement, perméable à un doigt
présentation céphalique, élevée et mobile
membranes intactes

D'emblée, on note que le périnée est particulièrement résistant.

- A 20 h 30 : Rupture spontanée des membranes, liquide clair
- A 20 h 45 : col dilaté à 4 cm
présentation céphalique en voie d'engagement.
- A 21 h 15 : col dilaté à 7 cm
sommet engagé en O.I.G.A.
- A 22 h : Dilatation complète

tête à la partie basse de l'excavation orientée en O.P.

début des efforts expulsifs, d'abord peu efficaces en raison de la résistance périnéale.

Au début du dégagement, jaillit par l'anus béant, une petite quantité d'un liquide épais, jaunâtre.

La muqueuse rectale est distendue et congestive.

Bientôt, elle présente une "éraillure" qui file vers la peau.

On pratique alors immédiatement une épisiotomie médio-latérale droite, suivie rapidement de l'expulsion par les voies naturelles, d'un garçon pesant 3 580 g, mesurant 50 cm, vivant, criant et respirant aussitôt.

On procède alors au bilan des lésions :

Il existe :

- outre l'épisiotomie médio-latérale droite,
- une déchirure partielle du sphincter anal,
- surtout, une petite solution de continuité de 5 mm de diamètre environ, dans la cloison recto-vaginale, située à 3 cm au-dessus de la marge de l'anus, le long du bord gauche de la colonne vaginale postérieure.

Réfection des lésions :

On renonce à sectionner la marge anale, ce qui transformerait cette déchirure périnéale accompagnée d'une effraction de la cloison recto-vaginale, en "périnée complet compliqué" typique.

On ferme la brèche rectale par un point inversant à la soie 000, point on fait ressortir les 2 chefs par l'anus.

Suture du sphincter (2 points en X au catgut) chromé 0).

Suture de la cloison recto-vaginale, au niveau de laquelle il existe une petite poche faisant penser à l'existence d'un kyste.

On crée deux plans musculaires successifs entre le vagin et la muqueuse rectale.

Réparation de l'épisiotomie en 3 plans.

On termine par la suture de la muqueuse de la marge anale depuis le point repère passé par voie vaginale jusqu'à la peau.

Suites opératoires :

Antibiotiques,

Huile de paraffine, dès la 24ème heure.

Diététique : alimentation sans résidus.

Soins locaux minutieux.

Sortie le 12ème jour :

Episiotomie parfaitement cicatrisée.

Pas de troubles sphinctériens.

Toucher rectal normal (chute spontanée des fils de suture de la muqueuse rectale).

Au 4ème mois après l'accouchement :

Excellent état local,

Au toucher rectal, pas de trace de solution de continuité de la cloison recto-vaginale.

Pas de troubles sphinctériens.

Le point intéressant de cette observation est qu'il s'agit d'une primipare avec enfant relativement gros, 3 580 g - est l'existence de ce petit kyste de la cloison recto-vaginale qui est peut-être d'origine congénitale.

Deuxième observation :

Madame R... est une primipare âgée de 39 ans. Le terme de sa grossesse est prévu pour le 27/7/52

La grossesse est normale, mise à part une prise de poids de 13 kg, jusqu'au 30/6/52, date à laquelle elle rompt prématurément ses membranes et entre en travail.

Le bassin est cliniquement normal et il s'agit d'une présentation céphalique.

Le travail est normal, aidé par une perfusion de post hypophyse posée à 5 cm.

Les efforts expulsifs par contre, sont peu efficaces car le périnée est particulièrement résistant.

Au début du dégagement la vulve est très distendue, longue de 8 cm ; le périnée très long et très élevé, fait apparaître une large ouverture de l'anus à travers lequel on voit la muqueuse rectale sur 4 à 5 cm de long.

On pratique alors une première épisiotomie latérale :

A ce moment, la muqueuse de la paroi antérieure du rectum devient congestive et tendue à l'extrême, de sorte qu'on redoute un éclatement de la cloison recto-vaginale.

La première épisiotomie est insuffisante, on en fait une deuxième suivie immédiatement de l'expulsion, par les voies naturelles, d'un enfant de 3.600 gr respirant après 4 minutes de soins.

Bilan des lésions après la délivrance :

En plus des 2 épisiotomies latérales, il existe un éclatement de la paroi vaginale postérieure, à droite delà ligne médiane, le long de la colonne postérieure, intéressant tous les plans de la cloison recto-vaginale respectant seulement la muqueuse rectale restée absolument intacte.

On procède immédiatement à la réparation des lésions vaginales et des incisions du périnée.

Les suites de couches sont normales, sans complication. La cicatrisation du vagin et des épisiotomies est satisfaisante, 3 semaines après l'accouchement.

Le 15-12-52, examen du Dr BENSAUDE :

Rectoscopie jusqu'à 15 cm : muqueuse rectale absolument normale, sans trace d'une solution de continuité éventuelle.

Tendance à l'atonie du sphincter, actuellement absolument latente au point de vue objectif.

C'est cette seconde observation qui nous a été confiée par Monsieur le Professeur M. MAYER.

Il s'agit aussi d'une primipare avec gros enfant.

Cette observation met l'accent sur la nécessité où l'on est parfois, de pratiquer une double épisiotomie devant les signes de rupture imminente de la cloison recto-vaginale.

Mais nous envisagerons ce problème au chapitre thérapeutique.

- ETIOPATHOGENIE -

De l'étude de ces 31 observations, il apparait de manière évidente que la primiparité et l'excès de volume du fœtus jouent un rôle primordial dans la genèse de ces ruptures de la cloison recto-vaginale.

En effet, nous notons :

- qu'il s'agit 28 fois d'une primipare (soit 90% des cas) et souvent d'une primipare âgée (sur les 22 cas pour lesquels l'âge a été précisé par les auteurs, il existe 9 patientes âgées de 30 ans, et plus, l'âge extrême étant 41 ans).
- que le poids moyen des enfants est de 3.500 g (poids précisés dans 16 observations : 6 fois poids 3.500 g, le poids extrême étant 4.780 g)

Mais d'autres facteurs interviennent également en particulier :

- Un conflit direct entre la présentation et la cloison recto-vaginale : peu avant le dégagement, l'axe de poussée reste postérieur coïncidant avec "l'axe d'entrée" du détroit inférieur, de sorte que le maximum des forces communiquées au fœtus par les contractions utérines et les efforts expulsifs volontaires, s'applique sur la cloison recto-vaginale qui va se rompre.
- une mauvaise qualité des tissus maternels
- certains facteurs opératoires.

A - L'AXE DE POUSSEE RESTE POSTERIEUR

- parce qu'il existe une anomalie du bassin
- parce qu'un obstacle s'oppose au dégagement de la présentation par les voies naturelles.

1°) Anomalie du bassin

Elle peut intéresser :

a) La forme du détroit inférieur

Il s'agit essentiellement de la fermeture de l'angle de l'ogive pubienne. Certains auteurs ont essayé de déterminer la capacité de cette arche pubienne : que ce soit cliniquement (MORRIS) ou radiologiquement (THOMS). "Ils inscrivent dans l'arche pubienne un cercle de diamètre correspondant à celui de la tête foetale, ou déterminé à priori, et recherchent de quelle distance ce cercle reste éloigné de la symphyse pubienne; cette distance représente l'espace perdu" de MORRIS espace inutilisable lors de la descente et du dégagement de la tête" (SUREAU).

Plus cette ogive pubienne est étriquée, plus l'espace perdu de MORRIS est important. Il en résulte alors que la présentation est obligée de chercher sa voie plus en arrière, vers le sacrum, donc contre la cloison recto-vaginale, d'où les risques accrus de rupture.

b) Forme du sacrum

En 1951 dans une "Etude morphologique et topographique du sacrum considérée au point de vue obstétrical" notre Maître, Monsieur le Professeur M. MAYER, a beaucoup insisté sur la fréquence du sacrum plat.

Il est possible que cette forme de sacrum favorise une rupture de la cloison recto-vaginale par 2 mécanismes :

- en dirigeant la présentation, directement sur elle, au sortir du détroit inférieur.

- en "génant" l'accomodation de la tête, notamment sa flexion en court de descente et de rotation, ceci intervenant comme "un excès de volume foetal".

2°) Obstacle au dégagement

Il peut s'agir :

a) d'un périnée : particulièrement long et résistant avec orifice vulvaire très étroit et élevé ayant obligé certains auteurs à pratiquer d'emblée une double épisiotomie, ce qui n'a pas toujours empêché la rupture de la cloison recto-vaginale.

b) d'une bride ou d'un diaphragme au niveau du vagin d'origine congénitale surtout, (observation de NEELY qui, chez une primipare de 36 ans, découvre "après une demi-heure d'efforts expulsifs sans progression, qu'il existe une bride vaginale "singulièrement serrée", très basse, située juste devant la présentation '.

B - MAUVAISE QUALITE DES TISSUS MATERNELS.

Elle peut être la conséquence :

a) d'une hypoplasie génitale avec atrésie vaginale

b) d'une obésité maternelle, d'une toxémie gravidique; il est classique de citer "les tissus infiltrés" des albuminuriques dans l'étiologie des déchirures périnéales.

c) d'un travail ou d'une expulsion prolongés

La durée du travail n'a pas été rapportée dans toutes les observations et encore moins celle de l'expulsion. On note cependant que dans l'ensemble le travail paraît long, puisque nous retrouvons :

une durée de travail supérieure à 24 heures (PIERING)

une durée de travail de 17 heures (FAUGERE)

- - - - de 19 heures (BRINDEAU)

- - - - de 14 heures (RAVINA)

une durée de travail de 13 heures (GOODISH)

- - - - de 11 heures (BRET-n° 2)

c) d'une anomalie de la cloison recto-vaginale :

1 - Acquise, post-traumatique

L'observation que rapporte MELODY en est un bon exemple :

Une deuxième pare a subi, après son premier accouchement (forceps avec épisiotomie médiane) dans les suites de couches, une intervention de Whitehead pour thrombose hémorroïdaire. A son 2ème accouchement, aussitôt l'expulsion, on découvre la rupture de la cloison recto-vaginale (10 cm de long), rupture que l'auteur attribue à la perte de mobilité du vagin sur le rectum.

2 - Congénitale, peut-être : existence d'un kyste de la cloison, ce que nous avons observé dans le 1er de nos cas. Nous n'en avons pas retrouvé mention dans la littérature.

Il peut enfin s'agir d'une minceur ou d'une fragilité particulière de la cloison recto-vaginale qui, seule, pourrait expliquer la rupture au cours de l'accouchement en présentation du siège ou son effondrement par un petit membre saillant (main, coude...)

C - FACTEURS OPERATOIRES

1 - L'application de forceps

a un rôle bien souvent évident, elle provoque une distension parfois trop rapide du vagin et du périnée et peut ainsi léser directement les tissus. Souvent une faute de technique s'ajoute au traumatisme : il en est ainsi par exemple en cas de dégagement en oblique (observation GOODISH).

2 - Rôle de l'épisiotomie

Dans une étude sur "les lésions rectales au cours de l'accouchement par voie vaginale", GRABER et O'ROURKE, considérant leurs cas personnels et ceux communiqués par des confrères, constatent que dans tous les

cas décrits on retrouve une épisiotomie médiane, ou médio-latérale. Dans la majorité des cas, l'accouchement a été relativement simple.

C'est à l'examen de l'épisiotomie, avant d'entreprendre sa réparation, que l'on découvre la brèche de la cloison recto-vaginale avec sphincter anal intact.

La paroi rectale est intacte de l'extrémité distale de la brèche à la marge de l'anus (2 à 3 cm) : les auteurs désignent ceci par le terme de "button hole laceration" (déchirure en boutonnière) ce type de lésion fut constaté 3 fois sur 7.500 accouchements. Cette lésion du rectum, d'après ces auteurs, n'a jamais été notée en l'absence d'épisiotomie ou même s'il y a eu déchirure spontanée du périnée ou extension spontanée d'une petite épisiotomie.

Ces auteurs étudièrent ce problème en suivant le déplacement de la partie inférieure du rectum au cours de l'accouchement. Pour se faire, un doigt fut "introduit et maintenu" dans le rectum pendant toute la durée de l'expulsion d'un certain nombre d'accouchements (aussi bien spontanés qu'avec application de forceps).

Cette manoeuvre a démontré :

- que certaines femmes ont une cloison recto-vaginale excessivement mince (origine congénitale ou post-traumatique).
- que, lorsque la tête commence à descendre sur le plancher pelvien, elle refoule en avant d'elle le rectum entraînant ainsi une protrusion de celui-ci dans le vagin "telle une balle gonflée" (schéma n°1). Puis au "petit couronnement", le rectum est laminé, refoulé en arrière et par conséquent écarté du "chemin" (schéma n°2).

- c'est pourquoi les auteurs concluent qu'une épisiotomie risque d'autant plus de provoquer cette lésion "en boutonnière" de la cloison recto-vaginale qu'elle est faite plus précocement avant que la tête ne soit fixée à la vulve.



N° 1



N° 2

" Si l'on doit faire une épisiotomie précoce, on devra protéger le rectum par l'introduction dans le vagin de 2 doigts écartés en V renversé, mettant ainsi le périnée sous tension et neutralisant l'action de la tête du fœtus sur le rectum.

oOo

- EVOLUTION -

De l'étude de ces 31 observations, il apparait de manière évidente que l'évolution est presque toujours favorable ainsi que le pronostic organique et fonctionnel : aucune d'elles ne signale l'existence de fistule recto-vaginale à titre de séquelle.

C'est ainsi que cette étude montre, sur 28 cas dont les auteurs signalent le traitement et l'évolution :

- 7 cas d'abstention thérapeutique évoluant vers la guérison
- 21 cas de réfection immédiate par différentes techniques dont deux seulement eurent des suites opératoires compliquées mais se terminant quand même par la guérison sans séquelle.
(observation de BRET, RAVINA).

- TRAITEMENT -

TRAITEMENT CURATEUR

Malgré la tendance spontanée à la guérison des ruptures isolées de la cloison recto-vaginale, le risque de fistule recto-vaginale à titre de séquelle est trop important pour ne pas traiter ces lésions :

- suivant une technique rigoureuse,
- le plus tôt possible après l'accouchement, d'autant plus que la cure chirurgicale est alors facilitée :
 - . par la large voie d'abord qu'offre alors la cavité vaginale,
 - . par le fait que la muqueuse vaginale est souvent largement décollée des parois du rectum et que le clivage est rendu facile par l'imbibition gravidique.

Nous envisagerons :

A - LA RUPTURE ISOLEE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE :

(avec ou sans épisiotomie, sans atteinte du sphincter anal)

1° - Certains auteurs font un débridement chirurgical lorsqu'ils entreprennent la réfection de la lésion; ils sectionnent le périnée, le sphincter anal et le canal anal créant ainsi les mêmes lésions que la déchirure complète, compliquée du périnée.

C'est aussi ce que préconisait JEANNIN dans "Thérapeutique

obstétricale" mais en fait plus tardivement, dans les suites de couches au 10^e jour, si la plaie n'avait pas tendance à cicatriser spontanément :

- " il faut dédoubler la cloison recto-vaginale pour suturer séparément, d'abord le rectum puis le vagin, pour ce faire, le mieux est de sectionner le pont de tissu qui sépare la partie inférieure de la brèche, de la peau périnéale : on a ainsi transformé la lésion en une déchirure complète du périnée compliquée de déchirure rectale".

L'intérêt de cette périnéotomie est de donner évidemment un meilleur accès lors de l'intervention, mais cet avantage anatomique, obtenu en provoquant un "périnée complet compliqué" ne compense pas, de l'avis de Neely, de Graber, "l'aggravation du traumatisme, l'augmentation de l'hémorragie" et risque surtout, malgré une réfection si minutieuse soit-elle du sphincter anal, de rendre cette femme incontinente.

2° - Techniques utilisées :

Les lésions doivent être réparées plan par plan, en interposant le maximum de tissus entre le vagin et le rectum, entre les 2 sutures rectale et vaginale.

De plus, la plupart des auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a, d'éverser les 2 lèvres de la plaie rectale à l'intérieur de la lumière du canal anal, les accolant ainsi par leurs faces externes.

a) - Le procédé décrit par J. Lévy, d'après Shaw, en 1947, à propos d'une déchirure de la cloison recto-vaginale, paraît très intéressant :

- Le 1^{er} juin 1946, nous sommes appelé auprès d'une parturiente dont l'accouchement a été entravé par l'existence d'un diaphragme vaginal. Ce diaphragme fut incisé en arrière, la dilatation cervicale étant environ d'une petite paume de main. L'incision faite, le rectum paraît intéressé. Au moment où nous sommes appelé à examiner cette femme, la perforation est large comme une pièce de 2 francs et siège environ à 2 travers de doigt

au-dessus de l'orifice vulvaire. Nous décidons de laisser l'accouchement se faire spontanément sous couvert d'une épisiotomie. Nous intervenons une 1/2 heure après l'expulsion.

A ce moment l'orifice s'est un peu rétréci et offre les dimensions d'une pièce de 1 franc. La muqueuse vaginale est verticalement déchirée et déjà assez largement décollée du rectum.

Sous valves, les bords de l'orifice rectal sont repérés aux pinces de Chaput. Une sonde urétrale en gomme est alors introduite dans l'an us en direction de la déchirure d'où on la fait émerger, pavillon en avant.

Le pavillon est alors suturé aux quatre points cardinaux du rebord de la brèche.

Une traction légère est opérée sur l'extrémité anale de la sonde. Au niveau de la perforation, le rectum s'invagine. Trois points au catgut adossent les parois de l'infundibulum ainsi amorcé. Nouvelle traction, nouveau rang de suture; on réitère par trois fois.

A ce moment la sonde toute entière est ressortie par l'an us, entraînant un cône de paroi rectale évaginée. Un point de catgut la traverse à son sommet, un peu au-dessus du pavillon de la sonde. Noeuds de Lawson-Tait. Le cône rectal est sectionné entre la ligature et le pavillon de la sonde perçu autravers du sommet du cône évaginé. Celui-ci rentre dans l'an us après section.

Après changement de gants et d'instruments, refection de la brèche vaginale puis de l'épisiotomie. "

b) - Graber et O'Rourke décrivent un autre procédé pour la réparation des brèches en "boutonnière", procédé dont la particularité est de ne pas passer de points de suture sur la muqueuse rectale. Tous les cas qu'ils ont traités ainsi, eurent des suites opératoires sans complication ni fistule.

Un doigt est introduit dans le rectum afin d'exposer clairement la lésion et d'en montrer les limites exactes. Elle a habituellement 2 cms de long. Deux valves vaginales sont utilisées pour en parfaire l'exposition.

Des points séparés au catgut chromé 000 sont passés dans le fascia péri-rectal, espacés d' 1/2 cm, sans prendre la muqueuse rectale. Le premier point est placé juste au-dessus du sommet de la brèche, le dernier juste au-dessous de l'angle inférieur.

Après changement de gants, second plan en utilisant la même technique afin de renforcer la première suture et de la rendre plus "étanche".

L'épisiotomie est ensuite réparée suivant la technique habituelle, par points séparés. Il faut prendre soin d'interposer le maximum de tissu péri-vaginal entre la muqueuse vaginale et la paroi rectale lésée."

Ce dernier procédé peut évidemment convenir pour la réfection de brèches plus longues.

B - LA RUPTURE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE AVEC LESIONS ASSOCIEES :

- Débridement chirurgical ou extension secondaire spontanée à toute l'épaisseur du périnée, au sphincter anal et au canal anal :

Les lésions sont alors les mêmes que celles que l'on décrit dans les déchirures complètes et compliquées, récentes du périnée.

Leur traitement sort du cadre de notre étude, il a été parfaitement codifié par R. Musset, M. Cottrell et M. Dubost.

C - LES SUITES OPERATOIRES :

Les soins post-opératoires généraux et locaux ont une importance considérable.

En voici les grandes lignes :

1° - Diététique : sans résidus si possible (oeufs, fromages, laitages....).

2° - Transit intestinal : il ne semble pas y avoir avantage à constiper les malades, la plupart des auteurs redoutent en effet "l'exonération de volumineuses scybales dures qui risquent de rompre les sutures".

Dès le 2ème jour des suites opératoires on a intérêt à prescrire de l'huile de paraffine.

3° - Lever précoce : Les différents auteurs sont là aussi d'accord pour faire lever précocement ces malades, avant la 24ème heure, aussi bien celles qui ont été opérées d'une "déchirure complète compliquée" que celles qui n'ont eu qu'une rupture isolée de la cloison recto-vaginale.

4° - Un traitement antibiotique devra toujours être instauré.
Par voie parentérale : pénicilline et streptomycine ou colimycine,
Par os : néomycine ou sulfaguanidine.

5° - Soins locaux : Toilette soigneuse de la région périnéoanale plusieurs fois par jours.

6° - Ablation des fils non résorbables

Au 12ème jour,

Sous anesthésie générale,

Sous anuscopie.

Il est intéressant de noter que les auteurs anglo-saxons utilisent plus volontiers du catgut chromé 000 (aiguilles serties courbes) pour suturer la muqueuse rectale.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE :

La rupture de la cloison recto-vaginale est très difficile à prévenir ; le traitement prophylactique en est délicat : en effet de l'étude des 31 observations que nous avons colligées, il apparaît que l'épisiotomie préventive ne l'évite pas toujours.

Il semble cependant que, de temps en temps, ce soit possible, ainsi qu'en témoigne notre 2ème observation que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le Pr.M.Mayer.

On peut d'ailleurs rapprocher de cette observation, la suivante publiée par Bret, Le Lorier et Seneze en 1951 :

Mme A... accouche à terme le 13 octobre 1947. La dilatation est un peu traînante, mais finit par se compléter au bout d'une douzaine d'heures de travail.

Après une heure d'efforts expulsifs, la présentation cesse de progresser et on se décide à appliquer un forceps sur une tête engagée en droite antérieure.

Au cours du dégagement, la distension de l'anus est considérable la muqueuse rectale est littéralement étirée sur la présentation et la menace d'éclatement est telle qu'on se décide à pratiquer un large débridement périnéal bilatéral, débridement qui paraît seul susceptible de ménager la muqueuse rectale.

L'accouchement se termine sans incident.

L'exploration des voies génitales après l'accouchement montre un véritable éclatement du vagin sur la ligne médiane postérieure. Il n'existe pas de solution de continuité de la muqueuse rectale. Réfection des incisions périnéales.

Cicatrisation satisfaisante."

La prophylaxie pourrait donc consister, dans de tels cas, devant des signes cliniques évoquant une rupture imminente de la cloison recto-vaginale, à pratiquer rapidement une, ou même deux, larges épisiotomies,

CONCLUSIONS

1° - La rupture de la cloison recto-vaginale est une complication rare de l'accouchement.

Elle peut être :

a) - Isolée,

b) - Associée à des lésions périnéales,

. chirurgicales : Episiotomie,

Débridement chirurgical (section médiane du pont périnéal cutané et du sphincter).

. spontanées : par extension secondaire au périnée et au sphincter, réalisant une déchirure complète, compliquée du périnée.

2° - Elle peut :

- survenir au cours de l'accouchement, spontané (sommet ou siège) avec application de forceps.

- être reconnue,

pendant l'accouchement, lors de l'expulsion ou immédiatement après.

pendant les suites de couches.

3° - La symptomatologie est tantot bruyante
tantot fruste.

4° - Au point de vue étiopathogénique :

Outre la primiparité et l'excès de volume foetal, on peut retenir trois facteurs principaux :

- un axe de poussée du foetus qui reste trop postérieur, conduisant à un conflit direct entre la présentation et la cloison recto-vaginale,
 - . parce qu'il existe une anomalie du bassin :
angle pubien fermé,
sacrum plat.
 - . parce qu'il existe un obstacle au dégagement de la présentation .
- une fragilité particulière de cette cloison.
- un facteur opératoire : application de forceps,
épisiotomie trop précoce.

5° - L'évolution vers la guérison, sans séquelles, est pratiquement constante.

6° - Le traitement chirurgical doit être immédiat.

Les lésions doivent être réparées plan par plan en interposant le maximum de tissus entre les sutures vaginale et rectale.

Le traitement prophylactique consiste à pratiquer, devant des signes évidents de souffrance de la cloison recto-vaginale, une ou même deux épisiotomies.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. J. VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - BUDIN

Des lésions traumatiques chez la femme au cours des accouchements artificiels.

Thèse d'agrégation, Paris 1830

2 - CHAMPENOIS

Revue médicale, Paris 1830

3 - GRANDYS

De la déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale

Thèse Strasbourg, 1835

4 - JUNCHEMAN

Siebolds Journal für Geburtsh. T. IX 1861

5 - MORAND

De la rupture centrale du périnée

Thèse Paris 1839

6 - GOODRICH W.

Transac. of the American Gyn. Soc. Vol. 1 1876

7 - PIERING

Journal d'accouchement de Liège, 1832

8 - BARRAU

Essai sur le traitement immédiat des perforations recto-vaginales inférieures survenant pendant l'accouchement.

Thèse Paris, n° 360, 1895

9 - ERINDEAU

Deux cas de dystocie due à la résistance de l'orifice vaginal.
Progrès Médical, 1895

10 - DOLLERIS et LENOBLE

Rupture du sinus rétropéritonéal et perforation recto-vaginale
 Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris, 1897

11 - MAYGRIER

Des lésions de la cloison recto-vaginale. (Déchirures et fistules pendant l'accouchement et les suites de couches)
 L'Obstétrique, Janvier 1899

12 - KIEN G.

Ueber die Entstehungsweise der recto-vaginal rupture bei spontaner Geburt.
 Monatschrift f. Geburt und Gyn. - Berlin. T. XV p.635, 1902

13 - JEANNIN

De la guérison spontanée des déchirures recto-vaginales produites au cours de l'accouchement.
 L'Obstétrique, Avril 1909

14 - GRABOWIECKI

Zentralblatt für Gynäkologie, n° 21, p. 667, 1912

15 - PERY

Des déchirures de la cloison recto-vaginale au cours de l'accouchement sans déchirures du périnée.
 Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. p. 160-161 Fév. 1923

16 - FETIS J.

De la rupture de la cloison recto-vaginale au cours de l'accouchement
 Thèse Bordeaux, 1922-1923

17 - HEIN

München. med. Wehnschr. 16 ; 599 , 1934.

18 - LITTLE H.M.

Am. J. Obst. et Gynec. 27, 414, 1934

19 - POHL

Zentralblatt f. d. Ges. Gynä. und Geburtsh 582, 554, 1934

20 - KASSEBOHM

Am. J. Obst. et Gynec. 31, 674, 1936

- 21 - DE LEE JB.
The principles and practice of Obstetrics.
Philadelphia, WB. Sanders Company, p. 867, 1938
- 22 - FENCLEY D.
Am. J. Obst. and Gynec. 42, 1008, 1941
- 23 - LEVY J.
Procédés de réparation des brèches recto-vaginales faites au
cours de l'accouchement.
Gynec. et Obst. p. 228-230, 1947
- 24 - MARBURY W.B. et GOLDMAN M.L.
J.A.M.A. 134, 1174, 1947
- 25 - KALTREIDER, DIXON
South. Med. J. 41, 814, 1948
- 26 - INGRAHAM, GARDNER, HEUS
Am. J. Obst. and Gynec. 57, 730, 1949
- 27 - KERR J.M. et MOIR J.C.
Operative obstetrics p. 852
Baillière, Tindall and Cox. London, 1949
- 28 - MAYER M. et MORIN F.
Etude morphologique et topographique du sacrum considéré du
point de vue obstétrical.
Sern. des Hôpitaux 30 mars 1951
- 29 - BRET J. LE LORIER G. SENEZE
Sur un mécanisme inhabituel des déchirures compliquées du
périnée : la rupture primitive de la cloison recto-vaginale.
Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. T.3. n°2, 205-209, 1951
- 30 - HOFMEISTER F.J.
Am. J. Surg. 84, 566, Nov. 1952
- 31 - LESH R. E.
Présentation of foot through intact anus during breech delivery.
Am. J. Obst. and Gynec. 64, 688-689, Sept. 1952
- 32 - MC NULTY
Calif. Med. 77, 326, Nov. 1952

33 - BURGER

La déchirure totale du périnée : est-elle toujours évitable ?
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 5 n°4 p. 484, 1953

34 - DELERUE J.

Rupture primitive de la cloison recto-vaginale.
Suture aux crins perdus dans le rectum.
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 5 n°5 p. 568, 1953

35 - MELODY

Rupture of rectovaginal septum at parturition.
West. J. Surg. 61, 475-477, Aug. 1953

36 - DODEK

Amer. J. Proctol. 5, 42, 1954

37 - GODEL J-L

Contribution à l'étude des ruptures isolées de la cloison recto-vaginale et du rectum au cours de l'accouchement.
Thèse Paris n°183, 1954

38 - RESNICK L. et MULLER H. W.

Colporrhexis with report of case of spontaneous primery rupture of posterior vaginal vault during labor.
South African M.J. 29, 818-821, Aug ? 27, 1955

39 - DUBCST M.

Déchirures obstétricales anciennes complètes compliquées avec mention spéciale d'étiopathogénie et de cure opératoire selon une technique originale.
Thèse Paris n°244 22mars 1959

40 - NEELY M.R.

Rupture of the rectovaginal septum at parturition.
British Medical Journal n°5004 p. 1288; Dec. 1, 1956

41 - GRAEER EA, O'ROURKE J.

Rectal injuries during vaginal delivery.
Am. J. Obst. and Gynec. 73 n°2 P. 301, Feb. 1957

42 - COMBRET C.

Sur un cas de lésion de la cloison recto-vaginale due à un pied dans l'accouchement en présentation du siège complet.
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. II n°1 32, 1959

43 - MULLER P. LEVY G. GRUNER TH.

Déchirure importante, isolée du rectum au cours de l'expulsion
d'une présentation du sommet par bras procident
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. II, n°1, 54, 1959

Ainsi que

- JEANNIN : "Thérapeutique obstétricale"
- MERGER : "Précis d'Obstétrique"
- LACOMME : "Pratique obstétricale"
- E.M.C. Obstétrique (Article de R. Mussel Cottrell et Dubost,
5007 A 10)

